

## SUIVI IDE À DOMICILE

CACHET DU MÉDECIN

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

**N° Téléphone :** .....

**Faire pratiquer par IDE à domicile un suivi par visites à la fréquence de ....., pendant.....jours, dimanche et jours fériés inclus**

**Signe de gravité sont à suivre ou à rechercher et m'alerter sans délai si nécessaire**

- Saturation :
  - ▶ BPCO /IRC < 90 %
  - ▶ femme enceinte sat <94 %
  - ▶ autre cas sat < 93 %
- Nécessité d'une oxygénothérapie >3l/min pour maintenir une sat sup 94 %
- FR > 22
- Pouls > 110
- PAS < 90 mmHg
- Déshydratation
- Conscience : confusion, somnolence
- Altération brutale de l'état général
- Symptômes persistants au-delà de 7 à 12 jours

**« L'IDE PEUT ALERTER LE CENTRE 15 EN CAS DE SIGNES DE GRAVITÉ EN ME TENANT INFORMÉ. »**